



faleas

En la consulta...

- Cefaleas primarias 60%
- Cefaleas asociadas a enfermedad sistémica 35%





Cefalea secundaria a condición neurológica seria 1-16%

HTE

Infección del SNC

HSA

Arteritis temporal

Encefalopatía HTA, etc ...

...Entonces

*Debemos aprender a interrogar a nuestros
pacientes y conocer los signos de alarma de las
cefaleas*

Anamnesis

- Por qué consulta?
 - Primer o peor síntoma (first or worst)
 - Cefalea de nuevas características
 - Cefalea que no responde a los tratamientos habituales
- Desde cuándo tiene el dolor?
- Ha tenido dolores de cabeza previos?
 - Cefalea de inicio en > de 50 años red flag
- Cómo empezó el dolor?
 - Comienzo súbito → Cefalea en estallido
 - Comienzo gradual y resolución lenta → migraña/tensional
 - Comienzo rápido llega en poco minutos al máximo y termina bruscamente → cluster
 - Descarga eléctrica → Neuralgia del V

- ¿Dónde se localiza el dolor?
 - Occipital, Hemicraneana, Temporal, bifrontal, etc
- ¿Qué carácter tiene?
 - Opresivo, punzante, pulsátil, tenebrante, fulgurante, etc
- ¿Qué intensidad?
 - De 1 a 10
- ¿Cuánto dura?
 - Segundos, horas, días
- ¿Qué lo desencadena?
 - Stress, ciclo menstrual, alimentos, etc
 - ejercicio, tos y defecación → HTE
- En qué momento del día aparece
 - Por la mañana → HTE
 - Vespertino → Tensional
 - Lo despierta a la noche → Cluster

- ¿Qué otros síntomas lo acompañan?
- ¿Con qué empeora y con qué mejora?
- ¿Qué hace para calmar el dolor?
- ¿Calma con analgésicos?
- ¿Lo obliga a interrumpir su actividad?
- ¿Cuál es la frecuencia de las crisis?
- Medicación habitual
- Antecedentes patológicos
- Antecedentes familiares

Después.....

- Examen Físico
 - Alteración o pérdida de conciencia: HSA
 - Signos focales: ACV/ MAV
 - Fiebre/ rigidez de nuca: infección SNC
 - Horner: cluster, disección
 - Exoftalmia pulsátil + oftalmoplejia: fistula carotido-cavernosa.
 - III par: aneurisma com. Posterior
 - FO: papiledema

Red Flag	DD	Estudios
Inicio > 50 años	Art temporal LOE	ESD, imagen
Comienzo súbito	HSA, apoplejía pituitaria, ACV hemorrágico LOE fosa posterior	Imagen, PL si TAC normal
Cefalea q aumentó en frec y/o severidad	LOE, hematoma subdural, abuso	Imagen, diario de ingesta fármacos
Paciente HIV o cáncer	LOE, meningitis (crónica o carcinomatosa)	Imagen, PL si imagen normal
Compromiso sistémico	Meningitis, encefalitis, vasculitis, sarcoidosis, lyme,	Imagen, PL, serologías
Signo focal	LOE, malformación, ACV	Imagen
Papiledema	LOE, pseudoT, meningitis	Imagen, PL si imagen normal
Antecedente TEC	HIC, subdural, epidural, cefalea postx	Imagen de cerebro y columna cervical

Clasificación

- Problema: Hay más de 300 cefaleas clasificadas. !!!!!

Es imposible saber todas pero debemos conocer la forma de clasificar para luego saber ir a buscar y así poder tratar correctamente a nuestros pacientes

Básicamente existen...

- Cefaleas Primarias
 - Migrañas
 - Cefalea tensional
 - Cluster y otras cefaleas autonómicas
 - Otras cefaleas primarias
- Cefaleas Secundarias
 - Traumatismo cabeza o cuello
 - Desorden vascular o craneocervical
 - Desorden no vascular intracraneano
 - Ingestión o retiro de sustancias
 - Infección
 - Alteración de la homeostasis
 - Alteraciones craneo-faciales
 - Alteraciones psiquiátricas
- Neuralgias craneanas y otras causas de dolor central
 - Neuralgias craneanas y dolor facial de causa central
 - Otras cefaleas y dolor facial primario

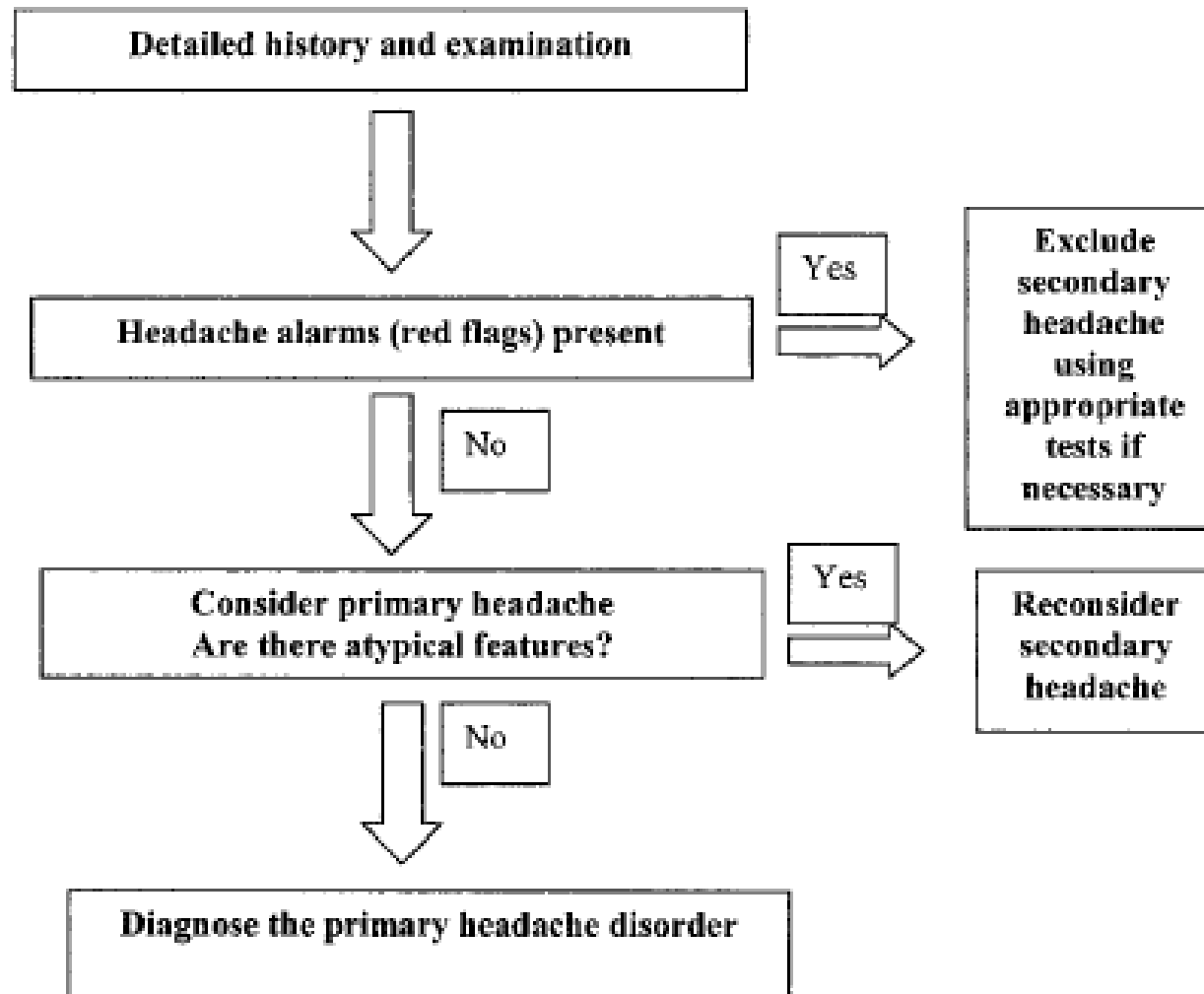
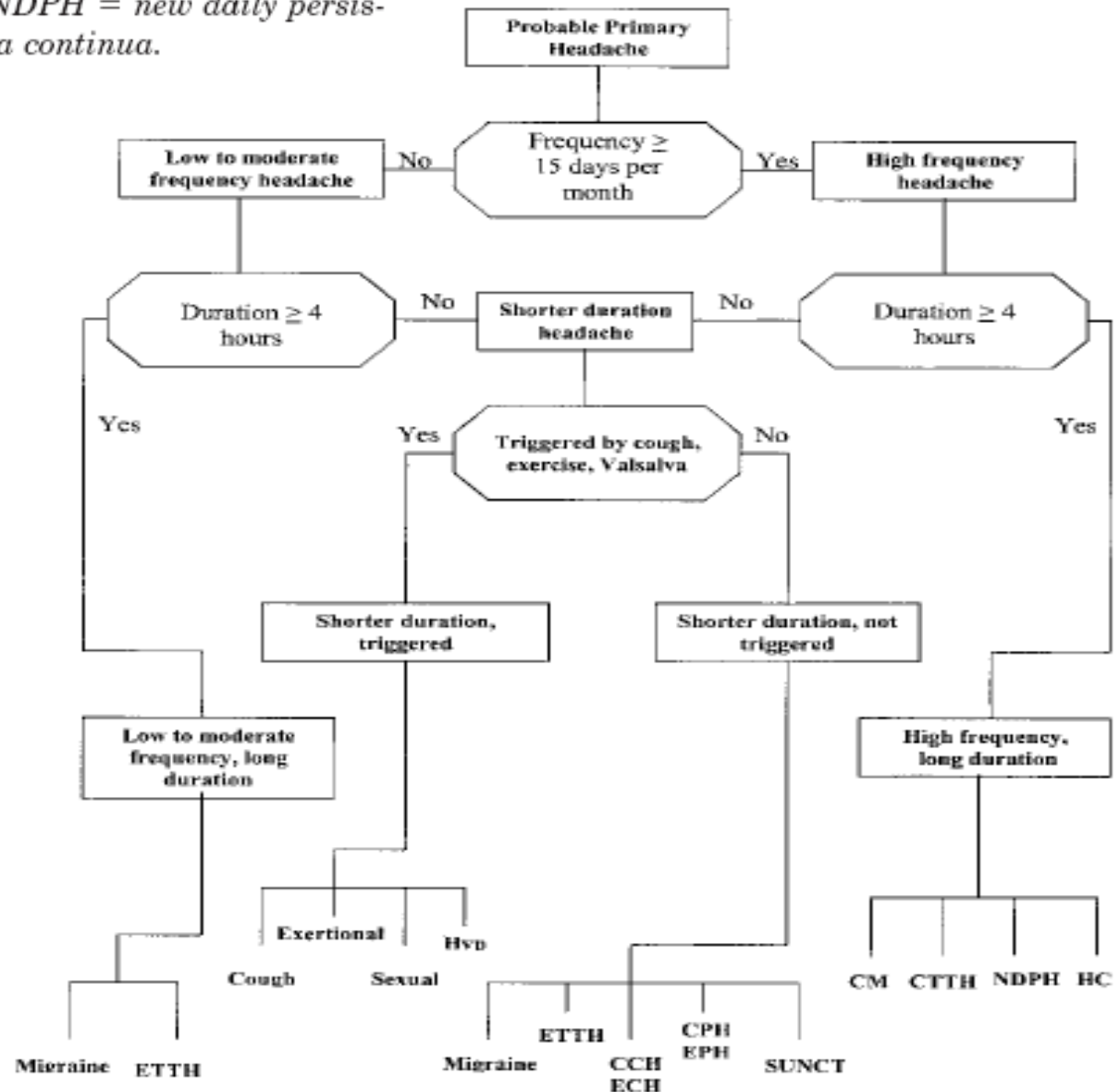


Figure 2. Algorithm for primary headache diagnosis.
ETTH = episodic tension-type headache; CCH = chronic cluster headache; ECH = episodic cluster headache; CPH = chronic paroxysmal hemicrania; EPH = episodic paroxysmal hemicrania; CM = chronic migraine; CTTH = chronic tension-type headache; NDPH = new daily persistent headache; HC = hemicrania continua.



Horton Definición

- Tres hechos fundamentales definen a la cefalea en racimos
 - Dolor periocular.
 - Signos autonómicos locales homolaterales.
 - Ritmo peculiar.

- Hombres (3-4/1)
- Unilateral
- Duración: 15 min/3 hs
- Muy intensa
- Síntomas autonómicos (ojo rojo, lagrimeo, ptosis, miosis)
- Inquieto, desesperado
- Fumadores
- Durante las crisis, el dolor puede ser disparado por el alcohol
- **Periodicidad y circaneidad:** un episodio nunca se presenta solo (salvas), cierta época del año', generalmente de noche. Lo más frecuente es que se presenten de 2 a 6/día en ciclo de 15 días a 3 meses (promedio 6 semanas) en la episódica

- Generalmente la crónica deriva de la variedad episódica.
- Cuando la periodicidad no está presente o no existen antecedentes de ataques previos se deben descartar causas secundarias como carcinoma nasofaríngeo, sinusitis etmoidal, mav, adenomas de hipófisis. Se han descrito casos posteriores a TEC.
- Retroocular, 1º rama del trigémino.
- Los síntomas autonómicos están en el 70% de los ptes.

Cefalea en Racimos, acuminada o de Horton

- A- al menos 5 ataques que cumplan con los criterios B y D
- B- dolor severo unilateral orbitario, supraorbitario y/o temporal que dura 15-180 min si no es tratado.
- C- más uno de los siguientes:
 - Inyección conjuntival y/o lagrimeo ipsilateral
 - Congestión nasal y/o rinorrea ipsilateral
 - Edema palpebral ipsilateral
 - Sudoración frontal y facial ipsilateral
 - Sensación de ansiedad o agitación

- **D**- los ataques tienen una frecuencia de 1 a 8 por día
- **E**- no puede ser atribuida a otra enfermedad.
- ❖ **Episódica**: criterios A-E. Al menos 2 períodos de cefalea con duración de 7-365 días, separados por períodos de remisión mayores/iguales a 1 mes.
- ❖ **Crónica**: criterios A-E. Ataques por más de un año, sin períodos de remisión, o períodos libres de dolor menores a 1 mes.

Tratamiento

- **Agudo:** O₂ 100% por 20 minutos. Sumatriptán 6 mg SC.
- **Profilaxis:**
 - Verapamilo- 160 mg/d hasta 700mg/día (240 mg divididos en 2 dosis)
 - Ergotamina- 2-3 mg/día.
 - Prednisona 1 mg/kg, luego dosis decrecientes

Arteritis de células gigantes

Definición

- Arteritis Craneal, Arteritis de Horton o Arteritis de Células Gigantes (ACG)
- Es una vasculitis granulomatosa que compromete vasos de mediano y gran calibre
 - Aorta, ramas extracraneales (ppalmente vertebrales), temporal superficial ,occipital (carótida externa),< oftálmica y ramas +/- intracraneales
- Es una **enfermedad sistémica**

Generalidades

- Es la vasculitis SNC + frecuente
- Incidencia aumenta con la edad
- Típicamente son > 50 años
- Máxima incidencia 70 – 80 años
- Mujeres x 2-3 vs. Hombres
- > 50% presentan polimialgia reumática → 2 entidades ≠ que coinciden >> incidencia si es HLA-DRB1*04 (+)
- Incidencia y prevalencia aproximada de 17-18 por 100.000 habitantes año y de 225 por 100.000 respectivamente, en mayores de 50 años

Manifestaciones Clínicas

- Síntomas TÍPICOS
 - Cefalea **NUEVA ≠ HABITUAL**
 - Claudicación mandibular
 - Disminución agudeza visual
 - Cambios arteria temporal superficial

Tabla II

MANIFESTACIONES CLÍNICAS FRECUENTES EN LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	FRECUENCIA (%)
Cefalea	90
Anomalías en la arteria temporal	75
Síntomas constitucionales	50
Polimialgia reumática	50
Claudicación mandibular	30
Fiebre / febrícula	25
Ceguera	5-15
Accidente vascular cerebral	7

Cambios arteria temporal superficial y cuero cabelludo

- Arteria temporal palpable
 - Endurecida
 - Disminución o ausencia del pulso
 - Eritematosa
 - Dolorosa
 - CC hipersensible (Ej. no tolera almohada)



Criterios Diagnósticos

American College of Rheumatology 1990

1. Edad > 50 años
2. Cefalea de reciente comienzo
3. Anomalías de las arterias temporales al examen
4. Biopsia anormal de arteria temporal
5. ERS > 50 mm/hora

Con 3 de ellos sensibilidad del 93.5% -
Especificidad del 91.2%

Neuralgia del V Epidemiología

- Incidencia anual 4/100,000 a 5/100,000
- Incidencia > con envejecimiento
- 5º década 3.7; 6º de 8.9; 7º 17.5; y 8º de 25/100,000.
- > frecuente en mujeres (1.7/1)

Fisiopatología - Etiopatogenia

- No se ha determinado con exactitud
- La mayoría de los casos del TN son causados por la compresión de la raíz del nervio del trigeminal, generalmente dentro de algunos milímetros de la entrada en el puente de Varolio, zona de entrada de la raíz.

Manifestaciones Clínicas

- Se destaca por
 - descargas paroxísticas de dolor facial,
 - descrito como "electricidad", "descarga o corrida electrica", "puñalada",
 - dura algunos segundos, y no mas de 2 minutos

Manifestaciones Clínicas

- El dolor tiene por lo menos cuatro de las siguientes características:
 - distribución a lo largo de uno o más ramos del trigémino,
 - ser de inicio súbito, superficial y de carácter lancinante, o puñalada,
 - gran intensidad,
 - ser precipitado por zonas gatillo,
 - libre de molestias entre los paroxismos

Manifestaciones Clínicas

- Distribución del dolor
 - Casi siempre es unilateral, aunque se señala una mayor incidencia de bilateralidad en la EM (11% EM vs 4% esenciales)
- Estadísticamente:
 - 36% de los pacientes V₁ y V₂,
 - 19% de los pacientes V₃,
 - 15% las tres ramas,
 - 14% V₂ aislada,
 - 11% de los pacientes V₁ y V₂,
 - 4% V₁ solamente, y
 - 0.6% a V₁ y V₃

Áreas o zonas gatillo

- Generalmente se localizan en el territorio de la rama que se evoca el dolor, aunque puede estar en otras ramas.
- Las zonas gatillo pueden ser en si mismas dolorosas en el 30% de los casos.
- Se identifica con mas frecuencia a las siguientes:
 - ala de la nariz,
 - labio superior, e inferior,
 - encía,
 - lengua,
 - surco nasogeniano, etc.

Maniobras gatillo

- Vocalización
- higiene dental,
- masticación,
- afeitado,
- lavado de cara,
- estornudo,
- peinado,
- etc...

Neuralgia 1º vs 2º

- Primarias o esenciales, se caracterizan por:
 - dolor intenso
 - característicamente paroxístico
 - escasa duración (segundos a escasos minutos)
 - sin dolor intercrisis
 - existencia de zonas gatillo
 - ausencia de alteraciones sensitivas

Neuralgia 1º vs 2º

- Secundarias, en cambio se caracterizan por:
 - Duración dolor → prolongada (horas, días o meses)
 - Curso → generalmente progresivo
 - Características dolor variables → constrictivo, urente, terebrante, gravativo, etc...
 - Tiene exacerbaciones paroxísticas, pero persiste intercrisis de fondo un dolor continuo
 - Existen signos → déficit, trófismo, reflejos, y/o manifestaciones autonómicas

Tratamiento médico, opciones

- Carbamacepina (primera elección),
- Oxcarbamacepina,
- Baclofeno,
- Fenitoína,
- Acido Valproico,
- Amitriptilina,
- Gabapentin,
- Clonazepam ,
- Topiramato,
- Otros como Pimozide

Migraña

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- La cefalea migrañosa es **hemicraneana** en el 60% a 70% de los pacientes; bifrontal o global en el 30%.
- Ocasionalmente son descriptas otras localizaciones, inclusive cefaleas bioccipitales.
- El dolor sigue un patrón gradual de instauración y de resolución. Es monótono, profundo y constante cuando es de leve a moderado; volviéndose **palpitante o pulsátil** cuando es severo.
- Se exacerba con los movimientos rápidos de la cabeza, estornudos, con esfuerzos, movimiento constante o ejercicios físicos.
- Muchos individuos reportan **fotofobia o fonofobia** durante los ataques, llevando al paciente a buscar alivio mediante el reposo en un ambiente oscuro y tranquilo.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Auras y Prodromos:

- Las Auras representan déficits neurológicos o disturbios con subsecuente recuperación completa. Los disturbios visuales son los más comunes siendo los síntomas neurológicos mas asociados con migrañas. Entumecimiento y hormigueos de los labios, cara inferior y dedos de una mano son la segunda causa mas común de Aura. Las Auras también pueden involucrar otros sentidos u ocasionalmente causar déficit motores o del habla. Algunos pacientes tienen varios tipos de Auras que varían con los ataques.
- Las Auras típicas se clasifican en:
 - ✓ Oftálmica
 - ✓ Hemiparética
 - ✓ Hemiparestésica
 - ✓ Hemiplégica
 - ✓ Afásica

Criterios diagnósticos de la IHS: Migraña sin aura

- A Haber presentado por lo menos cinco episodios que cumplan los criterios B-E.
- B Ataques de cefalea cuya duración varía entre 4 y 72 horas (sin tratar o tratados sin éxito). En menores de 15 años, los ataques pueden durar de 2 a 48 horas. Si el paciente se duerme y se despierta sin migraña, la duración del ataque se considera hasta el momento de despertar.
- C La cefalea ha de tener al menos 2 de las siguientes características:
 - Localización unilateral
 - Calidad pulsátil
 - Intensidad moderada o grave (altera o impide las actividades diarias)
 - Se agrava con las actividades físicas de rutina (subir escaleras, caminar, etc.)
- D Durante el ataque de cefalea ha de haber al menos 1 de los siguientes síntomas:
 - Náuseas, vómitos, o ambos
 - Fotofobia y fonofobia
- E La historia clínica y las exploraciones física y neurológica y, en caso necesario, las investigaciones oportunas, descartan una cefalea sintomática o secundaria.

Migraña sin aura

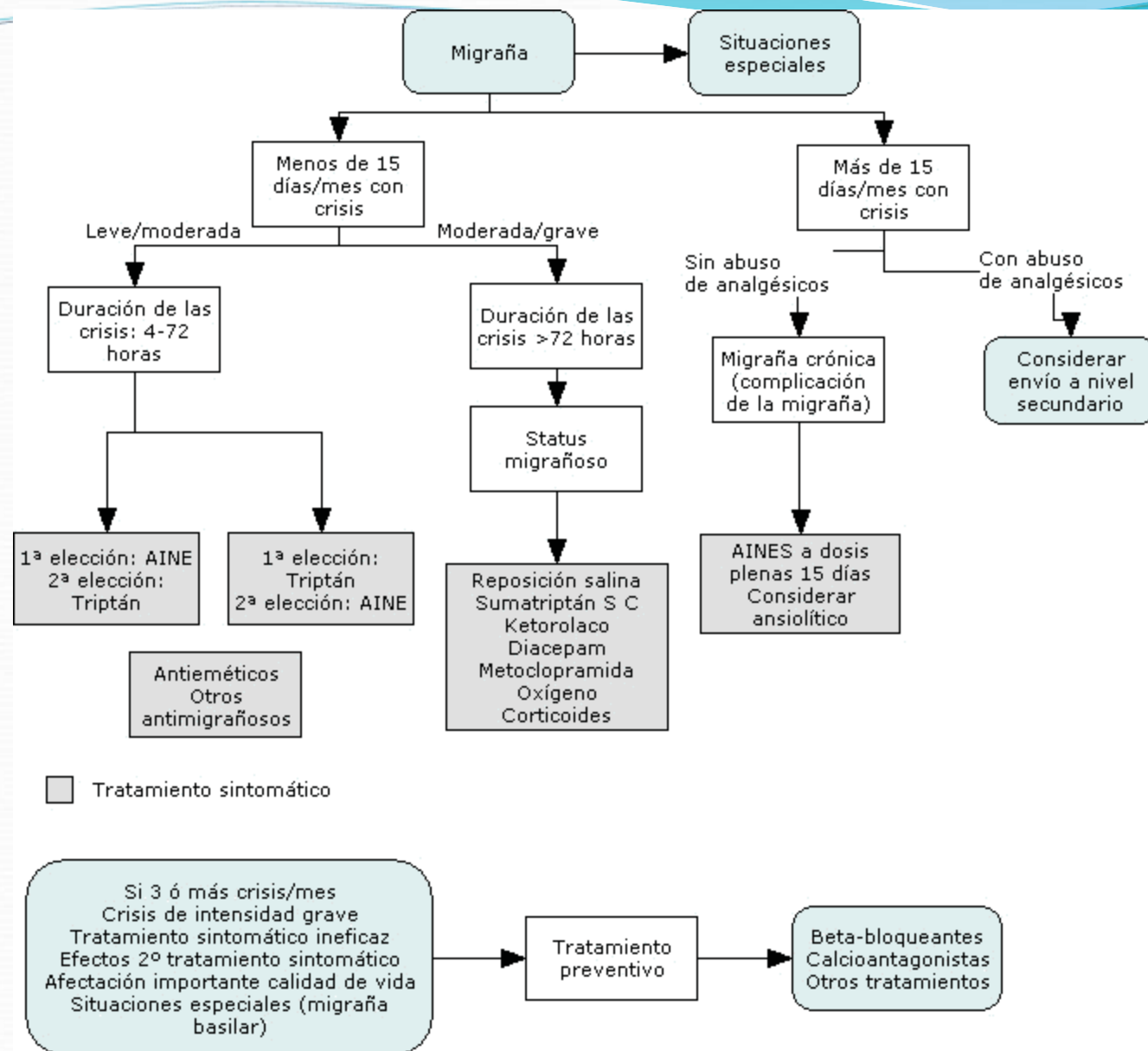
- **1. 1. Migraña sin aura**
- También denominada migraña común, se trata de una cefalea recurrente de localización eminentemente unilateral (70% de los casos), de carácter pulsátil, intensidad moderada severa, que empeora con el ejercicio y asocia náuseas, vómitos, fotofobia y sonofobia
- Si el paciente cumple criterios de Migraña sin aura pero ha sufrido menos de 5 ataques debe ser catalogado como Probable Migraña Sin Aura 1.6.1

Migraña sin aura

- Si los ataques ocurren con una frecuencia mayor o igual a 15 días al mes por más de 3 meses, debe codificarse como Migraña Sin Aura 1.1 y como Migraña Crónica 1.5.1, siempre que no exista abuso de medicamentos. Si existe abuso de medicamentos resulta en otra categoría nueva Cefalea por Abuso de Medicamentos 8.2
- En niños la migraña comúnmente es bilateral, el patrón unilateral surge en la adolescencia. La cefalea es generalmente fronto-temporal. Cefaleas occipitales en niños, tanto uni como bilaterales deben poner en alerta de alteraciones estructurales


Criterios diagnósticos de la IHS: Migraña con aura

- A Haber presentado por lo menos dos ataques que cumplan el criterio B
- B El aura debe cumplir por lo menos 3 de las siguientes características:
 - Uno o más síntomas completamente reversibles que indiquen disfunción cortical cerebral focal, de tronco cerebral, o ambas.
 - Por lo menos un síntoma de aura se desarrolla gradualmente durante más de 4 minutos, o aparecen dos o más síntomas sucesivamente.
 - Ningún síntoma de aura supera los 60 minutos. Si se presenta más de un síntoma de aura, la duración aceptada se ha de aumentar proporcionalmente.
 - La cefalea sigue al aura con un intervalo libre de menos de 60 minutos (puede empezar antes o a la vez que el aura).
- C La historia clínica, la exploración neurológica y, en su caso, las investigaciones oportunas, descartan una cefalea secundaria o sintomática



2.3 CEFALEA CRONICA TIPO TENSIONAL

- Cefalea que dura hs o es continua
- Por lo menos 2 de las siguientes características:
bilateral, no pulsátil, leve- moderada, no se agrava con la actividad.
- No más de 1: fono o fotofobia, náuseas.
- Sin náuseas severas o vómitos.
- No atribuida a otras causas.
- Por 15 días o más por mes.
- Durante más de 3 meses (180 días)

- 
- Sin abuso de medicación en los últimos 2 meses. De no ser así, se considera como probable.
 - 2.3.1 con contractura de los músculos pericraneales
 - 2.3.2 sin contractura de los músculos pericraneales

- Manejo de la Cefalea.

- ✓ Retirada de los fármacos de abuso, si éste existe.
- ✓ - Antiinflamatorios no esteroideos: naproxeno sódico o ibuprofeno, durante 10-15 días.
- ✓ Puede asociarse un protector gástrico.
- ✓ si existe ansiedad se añadirá algún neuroléptico, como levopromazina; las benzodiazepinas se utilizarán de forma excepcional.
- ✓ En caso de náuseas o vómitos se administrarán antieméticos.

- Tratamiento preventivo.

Desde el momento en que se retira el fármaco de abuso, en caso de que éste exista. Los fármacos más utilizados son los antidepresivos tricíclicos y los antiepilépticos:

- - Amitriptilina: es el más usado. La dosis oscila entre 10 y 50-75 mg/día en una sola toma vespertina o nocturna.
- - Antiepilépticos: ácido valproico (hasta 1500 mg/día en pauta ascendente), topiramato (hasta 100 mg/día), gabapentín (1800-3600 mg/día).